

障 発 1 2 2 1 第 1 号
平成 2 9 年 1 2 月 2 1 日

各 都道府県知事 殿
指定都市市長

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第 3 における障害の認定について」の一部改正について

特別児童扶養手当の障害程度の認定については、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第 3 における障害の認定について」（昭和 5 0 年 9 月 5 日児発第 5 7 6 号厚生省児童家庭局長通知。以下「本通知」という。）により実施されているところであるが、今般、血液・造血器疾患等について近年の医学的知見等を踏まえ、別紙のとおり本通知の一部を改正し、平成 3 0 年 4 月 1 日から適用することとしたので、通知する。

については、貴管内の市町村（指定都市を除く。）及び関係機関に対して周知をお願いする。

なお、平成 3 0 年 4 月 1 日以降においては、本通知により改正された特別児童扶養手当認定診断書に基づき障害程度の認定を行う必要があるため、その取扱いに遺漏なきようお願いする。

「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について」 新旧対照表（案）

（傍線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>○特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について</p> <p style="text-align: center;">昭和50年9月5日 児発第576号 各都道府県知事宛 厚生省児童家庭局長通知</p> <p>第一次改正 昭和57年児発第824号 第二次改正 平成11年障発第216号 第三次改正 平成13年7月31日雇児第502号障発第325号 第四次改正 平成14年3月28日障発第0328009号 第五次改正 平成15年8月27日障発第0827009号 第六次改正 平成22年11月22日障発1122第2号 第七次改正 平成23年8月9日障発0809第2号 第八次改正 平成24年8月9日障発0809第3号 第九次改正 平成25年5月10日障発0510第2号 第十次改正 平成26年5月20日障発0520第2号 第十一次改正 平成27年4月1日障発0401第9号 第十二次改正 平成27年6月19日障発0619第4号 第十三次改正 平成28年4月14日障発0414第1号 第十四次改正 平成29年12月21日障発1221第1号</p> <p>今般、特別児童扶養手当等の支給に関する法律等の一部を改正する法律が公布され、昭和50年10月1日から障害の程度が特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年7月2日法律第134号。以下「法」という。）別表第1に定める二級に該当する障害児を新たに特別児童扶養手当の支給対象障害児としたことに伴い、標記の認定要領等を別紙のとおり改正し、昭和50年10月1日から適用することとしたので、この取扱いについて遺憾のないようにされたい。</p> <p>なお、「重度精神薄弱児扶養手当支給事務に係る児童相談所における判定について」（昭和39年9月8日児発第793号各指定都市の市長あて本職通知）は、昭和50年9月30日限りで廃止する。</p> <p>おって、管内市町村に対し、周知方お願いする。</p> <p>別紙（略）</p>	<p>○特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について</p> <p style="text-align: center;">昭和50年9月5日 児発第576号 各都道府県知事宛 厚生省児童家庭局長通知</p> <p>第一次改正 昭和57年児発第824号 第二次改正 平成11年障発第216号 第三次改正 平成13年7月31日雇児第502号障発第325号 第四次改正 平成14年3月28日障発第0328009号 第五次改正 平成15年8月27日障発第0827009号 第六次改正 平成22年11月22日障発1122第2号 第七次改正 平成23年8月9日障発0809第2号 第八次改正 平成24年8月9日障発0809第3号 第九次改正 平成25年5月10日障発0510第2号 第十次改正 平成26年5月20日障発0520第2号 第十一次改正 平成27年4月1日障発0401第9号 第十二次改正 平成27年6月19日障発0619第4号 第十三次改正 平成28年4月14日障発0414第1号</p> <p>今般、特別児童扶養手当等の支給に関する法律等の一部を改正する法律が公布され、昭和50年10月1日から障害の程度が特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年7月2日法律第134号。以下「法」という。）別表第1に定める二級に該当する障害児を新たに特別児童扶養手当の支給対象障害児としたことに伴い、標記の認定要領等を別紙のとおり改正し、昭和50年10月1日から適用することとしたので、この取扱いについて遺憾のないようにされたい。</p> <p>なお、「重度精神薄弱児扶養手当支給事務に係る児童相談所における判定について」（昭和39年9月8日児発第793号各指定都市の市長あて本職通知）は、昭和50年9月30日限りで廃止する。</p> <p>おって、管内市町村に対し、周知方お願いする。</p> <p>別紙（略）</p>

別添 1

特別児童扶養手当 障害程度認定基準

第1節／眼の障害～第12節／肝疾患（略）

第13節／血液・造血器疾患

血液・造血器疾患による障害の程度は、次により認定する。

1 認定基準（略）

2 認定要領

(1) 血液・造血器疾患は、臨床像から血液・造血器疾患を次のように大別する。

ア 赤血球系・造血不全疾患（再生不良性貧血、溶血性貧血等）

イ 血栓・止血疾患（血小板減少性紫斑病、凝固因子欠乏症等）

ウ 白血球系・造血器腫瘍疾患（白血病、悪性リンパ腫、組織球症等）

(2) 血液・造血器疾患の主要症状としては、顔面蒼白、易疲労感、動悸、息切れ、発熱、頭痛、めまい、知覚異常、紫斑、月経過多、骨痛、関節痛等の自覚症状、黄疸、心雑音、舌の異常、易感染性、出血傾向、血栓傾向、リンパ節腫脹、肝腫、脾腫、成長・発達の障害等の他覚所見がある。

(3) 検査としては、血球算定検査、血液生化学検査、免疫学的検査、鉄代謝検査、骨髓穿刺、リンパ節生検、骨髓生検、凝固系検査、染色体検査、遺伝子検査、細胞表面抗原検査、画像検査（CT検査・超音波検査、MRI検査など）等がある。

別添 1

特別児童扶養手当 障害程度認定基準

第1節／眼の障害～第12節／肝疾患（略）

第13節／血液・造血器疾患

血液・造血器疾患による障害の程度は、次により認定する。

1 認定基準（略）

2 認定要領

(1) 血液・造血器疾患は、医学研究の進歩によって、診断、治療法が特に著しく変化しつつある。

したがって、血液・造血器疾患の分類は、研究者の見解によって多少異なる分類法がなされている。

(2) 血液・造血器疾患の主要症状としては、顔面蒼白、易疲労感、動悸、息切れ、頭痛、めまい、知覚異常、出血傾向、骨痛、関節痛等の自覚症状、発熱、黄疸、心雑音、舌の異常、感染、出血斑、リンパ節腫大、血栓、発育障害等の他覚所見がある。

(3) 検査成績としては、血液一般検査、血液生化学検査、免疫学的検査、鉄代謝検査、骨髓穿刺、血液ガス分析、超音波検査、リンパ節生検、骨髓生検、凝固系検査、染色体分析、遺伝子分析、骨シンチグラム等がある。

(4) 血液一般検査での検査項目及び異常値の一部を示すと次のとおりである。

検査項目	単位	異常値	
		中等度	高度
		以上～未満	二
ヘモグロビン濃度	g/dℓ	7～9	7未満
末梢赤血球数	万/μℓ	200～300	200未満
白血球数	個/μℓ	1,000～2,000	1,000未満
血液顆粒球数	個/μℓ	500～1,000	500未満
リンパ球数	個/μℓ	300～600	300未満
血小板数	万/μℓ	2～5	2未満
骨髄有核細胞	万/μℓ	2～5	2未満
巨核球数	/μℓ	15～30	15未満
リンパ球	%	40～60	60以上
出血時間(Duke法)	分	8～10	10以上
A P T T (基準値)	秒	基準値の2倍～3倍	基準値の3倍以上

(5) 個別の各疾患に用いる検査法は、それぞれ異なっており、さらに、前記(4)に示した検査項目の他にも免疫学的検査を中心にした様々な特殊検査があり、診断、治療法は日々進歩している。

さらに、血液・造血器疾患の病態は、各疾患による差異に加え、個人差も大きく現れ、病態も様々である。

したがって、検査成績のみをもって障害の程度を認定することなく、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総

(4) 血液・造血器疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。

一般状態区分表 (略)

(5) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

障害の程度	障害の状態
1 級	A表I欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表I欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの
2 級	A表II欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表II欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの

ア 赤血球系・造血不全疾患 (再生不良性貧血、溶血性貧血等)

A表

区分	臨床所見
I	1 高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの 2 輸血をひんぱんに必要とするもの
II	1 中度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの 2 輸血を時々必要とするもの

B表

区分	検査所見
I	1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの (2) 網赤血球数が2万/μL未満のもの 2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) 白血球数が1,000/μL未満のもの (2) 好中球数が500/μL未満のもの 3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの
II	1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの (2) 網赤血球数が2万/μL以上6万/μL未満のもの 2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) 白血球数が1,000/μL以上3,000/μL未満のもの (2) 好中球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの 3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの

合的に認定する。

(6) 血液・造血器疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。

一般状態区分表 (略)

(7) 血液・造血器疾患のうちで、再生不良性貧血での各等級に相当すると認められるものを例示すると次のとおりである。

障害の程度	障害の状態
1 級	前記(4)の検査成績において顆粒球数及び血小板数に高度異常が認められ、なお高度の貧血、易感染性を示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの
2 級	前記(4)の検査成績において顆粒球数及び血小板数に中等度異常が認められ、なお中等度の貧血、易感染性を示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの

各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

ア 難治性貧血群 (再生不良性貧血、溶血性貧血等)

障害の程度	障害の状態
1 級	A表I欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表I欄に掲げる1から4までのうち、3つ以上に該当するもの(ただし、溶血性貧血の場合は、A表I欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表I欄の1に該当するもの)で、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの
2 級	A表II欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、B表II欄に掲げる1から4までのうち、3つ以上に該当するもの(ただし、溶血性貧血の場合は、A表II欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表II欄の1に該当するもの)で、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの

A表

区分	臨床所見
I	1 治療により貧血改善はやや認められるが、なお高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの 2 輸血をひんぱんに必要とするもの
II	1 治療により貧血改善はやや認められるが、なお中等度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの 2 輸血を時々必要とするもの

B表

区分	検査所見
I	1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの (2) 赤血球数が200万/μL未満のもの 2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) 白血球数が1,000/μL未満のもの (2) 顆粒球数が500/μL未満のもの 3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの 4 骨髓像で、次のいずれかに該当するもの (1) 有核細胞が2万/μL未満のもの (2) 巨核球数が15/μL未満のもの (3) リンパ球が60%以上のもの (4) 赤芽球が5%未満のもの
II	1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの (2) 赤血球数が200万/μL以上300万/μL未満のもの 2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) 白血球数が1,500/μL以上3,000/μL未満のもの (2) 顆粒球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの 3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの 4 骨髓像で、次のいずれかに該当するもの (1) 有核細胞が2万/μL以上5万/μL未満のもの (2) 巨核球数が15/μL以上30/μL未満のもの (3) リンパ球が40%以上60%未満のもの (4) 赤芽球が5%以上10%未満のもの

イ 血栓・止血疾患（血小板減少性紫斑病、凝固因子欠乏症等）

A表

区分	臨床所見
I	1 高度の出血傾向、血栓傾向又は関節症状のあるもの
	2 補充療法をひんぱんに行っているもの
II	1 中度の出血傾向、血栓傾向又は関節症状のあるもの
	2 補充療法を時々行っているもの

（注） 補充療法は、凝固因子製剤（代替医薬品やインヒビター治療薬の投与を含む。）の輸注、血小板の輸血、新鮮凍結血漿の投与などを対象にする。

B表

区分	検査所見
I	1 APTT又はPTが基準値の3倍以上のもの
	2 血小板数が2万/ μ L未満のもの
	3 凝固因子活性が1%未満のもの
II	1 APTT又はPTが基準値の2倍以上3倍未満のもの
	2 血小板数が2万/ μ L以上5万/ μ L未満のもの
	3 凝固因子活性が1%以上5%未満のもの

（注1）凝固因子活性は、凝固第〔II・V・VII・VIII・IX・X・XI・XIII〕因子とフォンヴィレブランド因子のうち、最も数値の低い一因子を対象にする。

（注2）血栓疾患、凝固因子欠乏症でインヒビターが出現している状態及び凝固第I因子（フィブリノゲン）が欠乏している状態の場合は、B表（検査所見）によらず、A表（臨床所見）、治療及び病状の経過、具体的な日常生活状況等を十分考慮し、総合的に認定する。

ウ 白血球系・造血器腫瘍疾患（白血病、悪性リンパ腫、組織球症等）

イ 出血傾向群（血小板減少性紫斑病、凝固因子欠乏症等）

障害の程度	障害の状態
1 級	A表I欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表I欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの
2 級	A表II欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表II欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの

A表

区分	臨床所見
I	1 高度の出血傾向又は関節症状のあるもの
	2 凝固因子製剤をひんぱんに輸注しているもの
II	1 中等度の出血傾向又は関節症状のあるもの
	2 凝固因子製剤を時々輸注しているもの

B表

区分	検査所見
I	1 出血時間（デューク法）が10分以上のもの
	2 APTTが基準値の3倍以上のもの
	3 血小板数が2万/ μ L未満のもの
II	1 出血時間（デューク法）が5分以上10分未満のもの
	2 APTTが基準値の2倍以上3倍未満のもの
	3 血小板数が2万/ μ L以上5万/ μ L未満のもの

ウ 造血器腫瘍群（白血病、悪性リンパ腫）

障害の程度	障害の状態
1 級	A表I欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表I欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの
2 級	A表II欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表II欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの

A表

区分	臨床所見
I	1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等の著しいもの 2 輸血をひんぱんに必要とするもの 3 治療に反応せず進行するもの
II	1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等のあるもの 2 輸血を時々必要とするもの 3 継続的な治療が必要なもの

(注1) A表に掲げる治療とは、疾病に対する治療であり、輸血などの主要な症状を軽減するための治療(対症療法)は含まない。

(注2) A表に掲げる治療に伴う副作用による障害がある場合は、その程度に応じて、A表の区分を判断すること。

B表

区分	検査所見
I	1 末梢血液中のヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの 2 末梢血液中の血小板数が2万/ μ L未満のもの 3 末梢血液中の正常好中球数が500/ μ L未満のもの 4 末梢血液中の正常リンパ球数が300/ μ L未満のもの
II	1 末梢血液中のヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの 2 末梢血液中の血小板数が2万/ μ L以上5万/ μ L未満のもの 3 末梢血液中の正常好中球数が500/ μ L以上1,000/ μ L未満のもの 4 末梢血液中の正常リンパ球数が300/ μ L以上600/ μ L未満のもの

(6) 検査成績は、その性質上変動しやすいものであるので、血液・造血器疾患による障害の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

特に、輸血や補充療法により検査数値が一時的に改善する場合は、治療前の検査成績に基づいて行うものとする。

(7) 血液・造血器疾患の病態は、各疾患による差異に加え、個人差も大きく現れ、病態によって生じる臨床所見、検査所見も、また様々なので、認定に当たっては前記(5)のA表及びB表によるほか、他の一般検査、特殊検査及び画像診断等の検査成績、病理組織及び細胞所見、合併症の有無とその程度、治療及び病状の経過等を参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

(8) 造血幹細胞移植の取扱い

ア 造血幹細胞移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、移植片対宿主病(GVHD)の有無及びその程度、治療経過、検査成績及び予後等を十分に考慮して総合的に認定する。

イ 慢性GVHDについては、日本造血細胞移植学会(ガイ

A表

区分	臨床所見
I	1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等の著しいもの 2 輸血をひんぱんに必要とするもの 3 急性転化の症状を示すもの
II	1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等のあるもの 2 輸血を時々必要とするもの 3 容易に治療に反応せず、増悪をきたしやすいもの

B表

区分	検査所見
I	1 病的細胞が出現しているもの 2 末梢血液中の赤血球数が200万/ μ L未満のもの 3 末梢血液中の血小板数が2万/ μ L未満のもの 4 末梢血液中の正常顆粒球数が500/ μ L未満のもの 5 末梢血液中の正常リンパ球数が300/ μ L未満のもの
II	1 白血球数が正常化し難いもの 2 末梢血液中の赤血球数が200万/ μ L以上300万/ μ L未満のもの 3 末梢血液中の血小板数が2万/ μ L以上5万/ μ L未満のもの 4 末梢血液中の正常顆粒球数が500/ μ L以上1,000/ μ L未満のもの 5 末梢血液中の正常リンパ球数が300/ μ L以上600/ μ L未満のもの

(8) 検査成績は、その性質上変動しやすいものであるので、血液・造血器疾患による障害の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

(9) 急性転化では、その発症の頻度、寛解に至るまでの経過を参考にして認定する。

(10) 血液・造血器疾患は、一般検査、特殊検査の検査成績等を参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

ドライン委員会)において作成された「造血細胞移植ガイドライン」における慢性GVHDの臓器別スコア及び重症度分類を参考にして、認定時の具体的な日常生活状況を把握し、併合(加重)認定の取扱いは行わず、諸症状を総合的に認定する。

ウ 特別児童扶養手当の支給対象となっている障害児が造血幹細胞移植を受けた場合は、移植片が生着し、安定的に機能するまでの間を考慮して術後1年間は従前の等級とする。

<参考>「造血細胞移植ガイドライン」より抜粋

表6 慢性GVHD の臓器別スコア

	スコア0	スコア1	スコア2	スコア3
皮膚	無症状	< 18% BSA, 硬化病変なし	19 ~ 50% BSA あるいは浅在性硬化病変(つまみあげられる)	> 50% BSA あるいは深在性硬化病変(つまみあげれない)
口腔	無症状	軽症, 経口摂取に影響なし	中等症, 経口摂取が軽度障害される	高度障害, 経口摂取が高度に障害される
眼	無症状	軽度dry eye。日常生活に支障なし(点眼1日3回まで), 無症状の角結膜炎	中等度dry eye。日常生活に軽度支障あり(点眼1日4回以上), 視力障害なし	高度dry eye。日常生活に高度支障あり, 眼症状のため労働不可, 視力障害
消化管	無症状	嚥下困難, 食欲低下, 嘔気, 嘔吐, 腹痛, 下痢, 5%以上の体重減少を伴わない。	5~ 15%の体重減少を伴う消化器症状	15%以上の体重減少を伴う消化器症状あるいは食道拡張
肝	無症状	Bil, ALP, AST, ALTの正常上限の2倍以内の上昇	Bil >3mg/dL あるいはBil, 他の酵素の正常上限の2~5倍の上昇	Bil, 他の酵素の正常上限の5倍以上の上昇
肺	無症状 FEV1 ^{*1} > 80%or LFS [*] ₂₌₂	階段昇降時息切れFEV ₁ :60 ~ 79%or LFS:3~5	歩行時息切れFEV ₁ :40 ~ 59%or LFS:6~9	安静時息切れFEV ₁ < 39%or LFS:10 ~ 12
関節・筋膜	無症状	日常生活に影響しない軽度の拘縮, 可動制限	日常生活に支障のある拘縮, 可動制限, 筋膜炎による紅斑	日常生活に高度支障をきたす拘縮, 可動制限(靴紐結び, ボタンがけ, 着衣など不能)
性器	無症状	内診で軽度異常あるが軽度不快程度で性交痛なし	内診で中等度異常あり, 不快あり	内診で高度異常あり, 内診不応, 性交痛あり

*1 FEV₁:% predicted, *2 LFS:Lung Function Score;FEV score +
DLCO score.

FEV score, DLCO score はともに> 80%=1, 70 ~ 79%=2, 60 ~
69%=3, 50 ~ 59%=4,
40 ~ 49%=5, 30 ~ 39%=6

慢性GVHD の重症度は、各臓器別にスコアリングを行い、決定する。

慢性GVHD（移植片対宿主病）の全般的重症度（NIH）

● 軽症

1 か所あるいは2 か所の臓器障害で各臓器スコアが1を超えない、か
つ肺病変を認めない。

● 中等症

① 3 か所以上の臓器障害を認めるが、各臓器スコアは1を超えない

。

② 肺以外の1臓器以上でスコア2の障害を認める。

③ スコア1の肺病変

のいずれか

● 重症

① 少なくとも1つの臓器でスコア3の臓器障害を認める。

② スコア2あるいは3の肺病変

のいずれか

付記

皮膚：スコア2以上の皮膚病変を認める場合に全般的重症度に換算さ
れる。

肺：FEV1を全般的重症度の換算に用いる。

はっきりとしたGVHD以外の原因による臓器障害がある場合には、その
臓器は換算しない。

GVHDを含む複数の原因による臓器障害である場合は、そのまま換算す
る。

第14節／代謝疾患～第17節／重複障害（略）

別添2

特別児童扶養手当認定診断書（略）

第14節／代謝疾患～第17節／重複障害（略）

別添2

特別児童扶養手当認定診断書（略）

特別児童扶養手当認定診断書 様式第8号 新旧対照表 (案)

新	旧																																																																																																																				
様式第8号 (表 面) 特別児童扶養手当認定診断書 (血液・造血器、その他の障害用)	様式第8号 (表 面) 特別児童扶養手当認定診断書 (血液・造血器、その他の障害用)																																																																																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">(ふりがな)氏名</td> <td style="width:15%;">昭和 平成 年 月 日 生(歳)</td> <td style="width:5%;">男</td> <td style="width:5%;">女</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>住所地の郵便番号 (-)</td> <td>市区町村</td> <td></td> </tr> <tr> <td>① 障害の原因となった傷病名</td> <td>② 傷病の発生年月日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て</td> <td colspan="2">③ ①のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て</td> </tr> <tr> <td>④ 傷病の原因又は誘因</td> <td>⑤ 既存障害</td> <td colspan="2">⑥ 既往歴</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。) 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認) 傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑨ 現在までの治療の内容、反応、期間、経過、その他の参考となる事項</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑩ 現在の症状、その他参考となる事項</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑪ 計 測</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑫ 一般状態区分表 (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) (平成 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑬ 障 害 の 状 態</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑭ 血液・造血器 (平成 年 月 日現在)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑮ 臨床所見</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑯ 治療状況</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑰ その他の所見</td> </tr> </table>	(ふりがな)氏名	昭和 平成 年 月 日 生(歳)	男	女	住所	住所地の郵便番号 (-)	市区町村		① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生年月日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て		④ 傷病の原因又は誘因	⑤ 既存障害	⑥ 既往歴		⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。) 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認) 傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明				⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)				⑨ 現在までの治療の内容、反応、期間、経過、その他の参考となる事項				⑩ 現在の症状、その他参考となる事項				⑪ 計 測				⑫ 一般状態区分表 (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) (平成 年 月 日)				⑬ 障 害 の 状 態				⑭ 血液・造血器 (平成 年 月 日現在)				⑮ 臨床所見				⑯ 治療状況				⑰ その他の所見				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">(ふりがな)氏名</td> <td style="width:15%;">昭和 平成 年 月 日 生(歳)</td> <td style="width:5%;">男</td> <td style="width:5%;">女</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>住所地の郵便番号 (-)</td> <td>市区町村</td> <td></td> </tr> <tr> <td>① 障害の原因となった傷病名</td> <td>② 傷病の発生年月日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て</td> <td colspan="2">③ ①のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て</td> </tr> <tr> <td>④ 傷病の原因又は誘因</td> <td>⑤ 既存障害</td> <td colspan="2">⑥ 既往歴</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。) 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認) 傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑨ 現在までの治療内容、期間、経過、その他参考となる事項</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑩ 現在の症状、その他参考となる事項</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑪ 計 測</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑫ 一般状態区分表 (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) (平成 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑬ 障 害 の 状 態</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑭ 血液・造血器 (平成 年 月 日現在)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑮ 臨床所見</td> <td colspan="2">⑯ 血液検査成績 (平成 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑰ 治療状況</td> <td colspan="2">⑱ その他の所見</td> </tr> </table>	(ふりがな)氏名	昭和 平成 年 月 日 生(歳)	男	女	住所	住所地の郵便番号 (-)	市区町村		① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生年月日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て		④ 傷病の原因又は誘因	⑤ 既存障害	⑥ 既往歴		⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。) 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認) 傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明				⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)				⑨ 現在までの治療内容、期間、経過、その他参考となる事項				⑩ 現在の症状、その他参考となる事項				⑪ 計 測				⑫ 一般状態区分表 (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) (平成 年 月 日)				⑬ 障 害 の 状 態				⑭ 血液・造血器 (平成 年 月 日現在)				⑮ 臨床所見		⑯ 血液検査成績 (平成 年 月 日)		⑰ 治療状況		⑱ その他の所見	
(ふりがな)氏名	昭和 平成 年 月 日 生(歳)	男	女																																																																																																																		
住所	住所地の郵便番号 (-)	市区町村																																																																																																																			
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生年月日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て																																																																																																																			
④ 傷病の原因又は誘因	⑤ 既存障害	⑥ 既往歴																																																																																																																			
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。) 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認) 傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明																																																																																																																					
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)																																																																																																																					
⑨ 現在までの治療の内容、反応、期間、経過、その他の参考となる事項																																																																																																																					
⑩ 現在の症状、その他参考となる事項																																																																																																																					
⑪ 計 測																																																																																																																					
⑫ 一般状態区分表 (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) (平成 年 月 日)																																																																																																																					
⑬ 障 害 の 状 態																																																																																																																					
⑭ 血液・造血器 (平成 年 月 日現在)																																																																																																																					
⑮ 臨床所見																																																																																																																					
⑯ 治療状況																																																																																																																					
⑰ その他の所見																																																																																																																					
(ふりがな)氏名	昭和 平成 年 月 日 生(歳)	男	女																																																																																																																		
住所	住所地の郵便番号 (-)	市区町村																																																																																																																			
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生年月日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 平成 年 月 日 診療録で確認本人の申立て																																																																																																																			
④ 傷病の原因又は誘因	⑤ 既存障害	⑥ 既往歴																																																																																																																			
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。) 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認) 傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明																																																																																																																					
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)																																																																																																																					
⑨ 現在までの治療内容、期間、経過、その他参考となる事項																																																																																																																					
⑩ 現在の症状、その他参考となる事項																																																																																																																					
⑪ 計 測																																																																																																																					
⑫ 一般状態区分表 (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) (平成 年 月 日)																																																																																																																					
⑬ 障 害 の 状 態																																																																																																																					
⑭ 血液・造血器 (平成 年 月 日現在)																																																																																																																					
⑮ 臨床所見		⑯ 血液検査成績 (平成 年 月 日)																																																																																																																			
⑰ 治療状況		⑱ その他の所見																																																																																																																			
本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)	本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)																																																																																																																				

新

⑭ その他の障害（平成 年 月 日現症）

1. 症状

(1) 自覚症状

2. 検査成績

(1) 血液・生化学検査

	単位	施設基準値	年月日	年月日	年月日
赤血球数	万/μL				
ヘモグロビン濃度	g/dL				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dL				
血清アルブミン	g/dL				

(2) その他の検査成績

(2) 他覚所見

3. 人工臓器等

(1) 人工肛門増設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日 (4) 自己導尿の常時施行 無・有

(2) 尿路変更術 無・有 手術年月日：平成 年 月 日 (5) 完全尿失禁状態 無・有
(カテーテル留置：平成 年 月 日)

(3) 新膀胱増設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日 (6) その他の手術 無・有（ ）平成 年 月 日

⑮ 現症時の日常生活活動能力

⑯ 予 後

⑰ 備 考

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日
 病院又は診療所の名称 診療担当科名
 所在地 医師氏名

印

旧

⑭ その他の障害（平成 年 月 日現症）

1. 症状

(1) 自覚症状

2. 検査成績

	単位	施設基準値	年月日	年月日	年月日
赤血球数	万/μL				
ヘモグロビン濃度	g/dL				
ヘマトクリット	%				
総蛋白	g/dL				
アルブミン	g/dL				

(2) 他覚所見

3. 人工臓器等

(1) 人工肛門増設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日 (4) 自己導尿の常時施行 無・有

(2) 尿路変更術 無・有 手術年月日：平成 年 月 日 (5) 完全尿失禁状態 無・有
(カテーテル留置：平成 年 月 日)

(3) 新膀胱増設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日 (6) その他の手術 無・有（ ）平成 年 月 日

⑮ 現症時の日常生活活動能力

⑯ 予 後

⑰ 備 考

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日
 病院又は診療所の名称 診療担当科名
 所在地 医師氏名

印

新	旧
<p style="text-align: center;">(裏 面)</p> <p>注 意</p> <p>1 この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。 この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。</p> <p>2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。</p> <p>3 診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めています。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと思われる場合に使用してください。</p> <p>様式第1号 眼の障害用 様式第2号 聴力、平衡機能、口腔(そしゃく・言語)の障害用 様式第3号 肢体の障害用 様式第4号 精神の障害用 様式第5号 呼吸器疾患の障害用 様式第6号 循環器疾患の障害用 様式第7号 腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用</p> <p>4 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。</p> <p>5 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)</p> <p>6 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。</p> <p>(1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により末梢してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。</p> <p>(2) ⑪の聴力欄は「聴力レベル」を記入してください。 「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。</p> <p>(3) ⑭の1欄は、なるべく具体的に記入してください。</p> <p>(4) ⑭の2欄は、血液・生化学検査値のうち、病状を適切に表していると思われるものを記入してください。</p>	<p style="text-align: center;">(裏 面)</p> <p>注 意</p> <p>1 この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。 この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。</p> <p>2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。</p> <p>3 診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めています。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと思われる場合に使用してください。</p> <p>様式第1号 眼の障害用 様式第2号 聴力、平衡機能、口腔(そしゃく・言語)の障害用 様式第3号 肢体の障害用 様式第4号 精神の障害用 様式第5号 呼吸器疾患の障害用 様式第6号 循環器疾患の障害用 様式第7号 腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用</p> <p>4 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。</p> <p>5 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)</p> <p>6 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。</p> <p>(1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により末梢してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。</p> <p>(2) ⑪の聴力欄は「聴力レベル」を記入してください。 「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。</p> <p>(3) ⑭の1欄は、なるべく具体的に記入してください。</p> <p>(4) ⑭の2欄は、血液検査値のうち、病状を適切に現していると思われるものを記入してください。</p>

特別児童扶養手当認定診断書 様式第2号 新旧対照表 (案)

新					旧																																																				
様式第2号					様式第2号																																																				
(表 面)					(表 面)																																																				
特別児童扶養手当認定診断書					特別児童扶養手当認定診断書																																																				
(聴覚・平衡機能・そしゃく・嚥下機能・音声又は言語機能障害用)					(聴覚・平衡機能・そしゃく・嚥下機能・音声又は言語機能障害用)																																																				
(ふりがな)氏名		生年月日	平成 年 月 日	生(歳)	性別	男・女			生年月日	平成 年 月 日	生(歳)	性別	男・女																																												
住所	住所地の郵便番号 (-)	都道府県	都 市 区				住所	住所地の郵便番号 (-)	都道府県	都 市 区																																															
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日	平成 年 月 日	診療録で確認 本人の申立て	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日	平成 年 月 日	診療録で確認 本人の申立て	① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日	平成 年 月 日	診療録で確認 本人の申立て	③ ①のため初めて医師の診断を受けた日	平成 年 月 日	診療録で確認 本人の申立て																																										
		④ 傷病の原因又は誘因	⑤ 既存障害	⑥ 既往歴		④ 傷病の原因又は誘因	⑤ 既存障害			⑥ 既往歴																																															
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認)			傷病が治っていない場合 ……症状のよくなる見込み 有 ・ 無 ・ 不明			⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認)			傷病が治っていない場合 ……症状のよくなる見込み 有 ・ 無 ・ 不明																																												
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (平成 年 月 日)								⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (平成 年 月 日)																																																	
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項		診療回数 年間 回、月平均 回			手術 手術名() 手術年月日(年 月 日)			⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項		診療回数 年間 回、月平均 回			手術 手術名() 手術年月日(年 月 日)																																												
⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日現症)					⑩ 障害の状態 (平成 年 月 日現症)																																																				
(1) 聴覚の障害		オージオグラム			語音明瞭度曲線			(1) 聴覚の障害		オージオグラム			語音明瞭度曲線																																												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>聴カレレベル</th> <th>右 dB</th> <th>左 dB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>検査年月及び日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>右 dB</td> <td>左 dB</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>右 dB</td> <td>左 dB</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>右 dB</td> <td>左 dB</td> </tr> <tr> <td>最良語音明瞭度</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年月日</td> <td>右 %</td> <td>左 %</td> </tr> </tbody> </table>		聴カレレベル	右 dB	左 dB	検査年月及び日			()	右 dB	左 dB	()	右 dB	左 dB	()	右 dB	左 dB	最良語音明瞭度			年月日	右 %	左 %							<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>聴カレレベル</th> <th>右 dB</th> <th>左 dB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>検査年月及び日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>右 dB</td> <td>左 dB</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>右 dB</td> <td>左 dB</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>右 dB</td> <td>左 dB</td> </tr> <tr> <td>最良語音明瞭度</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年月日</td> <td>右 %</td> <td>左 %</td> </tr> </tbody> </table>		聴カレレベル	右 dB	左 dB	検査年月及び日			()	右 dB	左 dB	()	右 dB	左 dB	()	右 dB	左 dB	最良語音明瞭度			年月日	右 %	左 %						
聴カレレベル	右 dB	左 dB																																																							
検査年月及び日																																																									
()	右 dB	左 dB																																																							
()	右 dB	左 dB																																																							
()	右 dB	左 dB																																																							
最良語音明瞭度																																																									
年月日	右 %	左 %																																																							
聴カレレベル	右 dB	左 dB																																																							
検査年月及び日																																																									
()	右 dB	左 dB																																																							
()	右 dB	左 dB																																																							
()	右 dB	左 dB																																																							
最良語音明瞭度																																																									
年月日	右 %	左 %																																																							
所見 ()					所見 (聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、両耳の聴カレレベルが100dB以上の診断を行う場合は、聴性脳幹反応検査(ABR)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。)																																																				
(2) 平衡機能の障害		(3) そしゃく・嚥下機能の障害			(2) 平衡機能の障害		(3) そしゃく・嚥下機能の障害																																																		
ア 閉眼での起立・立位保持の状態 1 可能である 2 不安定である 3 不可能である		ア 機能障害 イ 栄養状態 1 良 2 中 3 不良 (身長 cm、 体重 kg)			ア 閉眼での起立・立位保持の状態 1 可能である 2 不安定である 3 不可能である		ア 機能障害 イ 栄養状態 1 良 2 中 3 不良 (身長 cm、 体重 kg)																																																		
イ 開眼での直線の10mの歩行の状態 1 まっすぐ歩き通す。 2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、どうにか歩き通す。 3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。		ウ 食事内容 1 食事内容に制限がない 2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分でないため食事が制限される。 3 全別、軟食以外は摂取できない 4 経口摂取のみでは十分な栄養ができないためにノンデ栄養の併用が必要である。 5 流動食以外は摂取できない。 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。 7 経口的に食物を摂取することができない。 8 その他()			イ 開眼での直線の10mの歩行の状態 1 まっすぐ歩き通す。 2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、どうにか歩き通す。 3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。		ウ 食事内容 1 食事内容に制限がない 2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分でないため食事が制限される。 3 全別、軟食以外は摂取できない 4 経口摂取のみでは十分な栄養ができないためにノンデ栄養の併用が必要である。 5 流動食以外は摂取できない。 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。 7 経口的に食物を摂取することができない。 8 その他()																																																		
ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見					ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見																																																				

新

(4) 音声又は言語機能の障害

ア 会話による意思疎通の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)

1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とも成立する。

2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。

3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。

4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。

イ 発音不能な語音 (構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。)

I 4種の語音 (該当するものにチェックをつけてください。)

口唇音(ま行音、ば行音、ぱ行音等)

1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

歯音、歯茎音(さ行音、た行音、ら行音等)

1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

歯茎硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等)

1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

軟口蓋音(か行音、が行音等)

1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

II 発音に関する検査結果 (語音発音明瞭度検査など)

ウ 失語症の障害の程度 (失語症がある場合に、記入してください。)

I 音声言語の表出及び理解の程度 (該当するものにチェックをつけてください。)

単語の呼称(単語の例: 家、靴下、自動車、電話、水)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

短文の発話(2~3文節程度、例: 女の子が本を読んでいる)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

長文の発話(4~6文節程度、例: 私の家に田舎から大きな小包が届いた)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

単語の理解(例: 単語の呼称と同じ)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

短文の理解(例: 短文の発話と同じ)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

長文の理解(例: 長文の発話と同じ)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

⑪ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください。)	
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)	
⑬ 備 考	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。
病院又は診療所の名称
所 在 地

平成 年 月 日
診療担当科名
医 師 氏 名

印

旧

(4) 音声又は言語機能の障害

ア 会話による意思疎通の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)

1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とも成立する。

2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。

3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。

4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。

イ 発音不能な語音 (構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。)

I 4種の語音 (該当するものにチェックをつけてください。)

口唇音(ま行音、ば行音、ぱ行音等)

1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

歯音、歯茎音(さ行音、た行音、ら行音等)

1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

歯茎硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等)

1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

軟口蓋音(か行音、が行音等)

1 全て発音できる 2 一部発音できる 3 発音不能

II 発音に関する検査結果 (語音発音明瞭度検査など)

ウ 失語症の障害の程度 (失語症がある場合に、記入してください。)

I 音声言語の表出及び理解の程度 (該当するものにチェックをつけてください。)

単語の呼称(単語の例: 家、靴下、自動車、電話、水)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

短文の発話(2~3文節程度、例: 女の子が本を読んでいる)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

長文の発話(4~6文節程度、例: 私の家に田舎から大きな小包が届いた)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

単語の理解(例: 単語の呼称と同じ)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

短文の理解(例: 短文の発話と同じ)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

長文の理解(例: 長文の発話と同じ)

1 できる 2 おおむねできる 3 あまりできない 4 できない

⑪ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください。)	
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)	
⑬ 備 考	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。
病院又は診療所の名称
所 在 地

平成 年 月 日
診療担当科名
医 師 氏 名

印

新

(裏 面)

注 意

- 1 この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけて記入してください。
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次によってください。
 - (1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により抹消してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑩の欄の「(1) 聴覚の障害」の測定結果は、過去3ヶ月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。
 - (3) ⑩の欄の(1)聴覚の障害欄中の「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。
*「聴力レベル」の算出方法は、次によってください。
 - ① 「聴力レベル値」(デシベル)は、オージオメータにより測定してください。
 - ② 「聴力レベル値」(デシベル)は、
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
 により算出してください。
a : 周波数500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
b : 周波数1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
c : 周波数2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
なお、ABR検査(聴性脳幹反応検査)、ASSR検査(聴性定常反応検査)、COR検査(条件探索反応検査)等を行った場合は、検査名及び検査年月日を記入の上、測定結果を記載してください。
 - (4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。なお、最良語音明瞭度の検査は、オージオロジー学会で定めた方法によってください。
 - (5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、両耳の聴力レベルが100dB以上の診断を行う場合には、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、オージオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、COR検査(条件探索反応検査)を組み合わせる実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入して下さい。
また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
 - (6) ⑩の(4)の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。
 - (7) ⑩の(4)の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。

旧

(裏 面)

注 意

- 1 この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけて記入してください。
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次によってください。
 - (1) 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により抹消してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑩の欄の「(1) 聴覚の障害」の測定結果は、過去3ヶ月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。
 - (3) ⑩の欄の(1)聴覚の障害欄中の「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。
*「聴力レベル」の算出方法は、次によってください。
 - ① 「聴力レベル値」(デシベル)は、オージオメータにより測定してください。
 - ② 「聴力レベル値」(デシベル)は、
$$\frac{a + 2b + c}{4}$$
 により算出してください。
a : 周波数500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
b : 周波数1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
c : 周波数2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値
なお、ABR検査(聴性脳幹反応検査)、ASSR検査(聴性定常反応検査)、COR検査(条件探索反応検査)等を行った場合は、検査名及び検査年月日を記入の上、測定結果を記載してください。
 - (4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。なお、最良語音明瞭度の検査は、オージオロジー学会で定めた方法によってください。
 - (5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、両耳の聴力レベルが100dB以上の診断を行う場合には、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
 - (6) ⑩の(4)の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。
 - (7) ⑩の(4)の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。